

El resultado es: **93%** .

Resultado del test:

**1.- ¿Qué representa el Odds Ratio (OR) en un estudio estadístico?**

La probabilidad de que un evento ocurra en un grupo en comparación con otro.

El riesgo relativo de un evento entre dos grupos de estudio.



Una medida de la asociación/magnitud entre dos variables categóricas.

La diferencia en las tasas de incidencia entre dos grupos.

El número de veces que un evento ocurre comparado con el número de veces que no ocurre.

**2.- ¿Qué caracteriza al análisis de supervivencia en estudios estadísticos?**

Se enfoca exclusivamente en estudios de larga duración.



Evalúa el tiempo hasta que ocurre un evento específico.

Solo es aplicable en estudios con muestras grandes.

Requiere que todos los sujetos sean seguidos por un período de tiempo idéntico.

Depende de la calidad de vida como principal medida de resultado.

### **3.- ¿Cuál es la limitación principal del valor de probabilidad (p-value) en el contexto clínico?**

No puede calcularse en estudios con muestras pequeñas.



No aporta comprensión acerca de la magnitud o impacto de una intervención.

Siempre requiere una hipótesis alternativa claramente definida.

Es insensible a cambios significativos en los resultados.

Depende exclusivamente del tamaño de la muestra.

### **4.- ¿Qué tipos de sesgos son comunes en estudios observacionales retrospectivos en el contexto de la Real World Evidence (RWE)?**



Sesgo de confusión por indicación, sesgo de vigilancia y sesgo temporal.

Sesgo de publicación y sesgo de información.

Sesgos relacionados con la selección aleatoria de pacientes.

Sesgo debido a la falta de cegamiento en los estudios.

Sesgos relacionados con el uso exclusivo de datos de ensayos clínicos controlados.

**5.- ¿Qué sesgos pueden presentarse en un estudio que recluta pacientes de un único centro de alta especialización para determinar la efectividad de un tratamiento en cáncer de mama?**



Sesgos relacionados con el acceso a la atención médica, sociodemográficos y de gravedad de la enfermedad.

Sesgos debido a la elección aleatoria de los pacientes.

Sesgos relacionados con la duración del tratamiento y la respuesta al mismo.

No presenta sesgos significativos debido a la alta especialización del centro.

Sesgos relacionados únicamente con factores económicos.

**6.- ¿Cuáles son algunos de los desafíos asociados con la Real World Evidence (RWE)?**

La falta de diversidad en la población de estudio y la limitación de los resultados a corto plazo.

La inexactitud de los datos recopilados y la irrelevancia clínica de los resultados.



Sesgo de selección, factores de confusión poco manejables o no medidos, y diferencias en políticas sanitarias.

La limitación del uso de RWE a estudios observacionales retrospectivos.

La necesidad de grandes inversiones financieras para recopilar y analizar los datos.

## 7.- ¿Qué caracteriza a un endpoint como DFS (Disease-Free Survival) en estudios oncológicos?



Se enfoca en la calidad de vida del paciente post-tratamiento.

Mide el tiempo hasta la progresión de la enfermedad o la muerte.

Se utiliza principalmente debido a su bajo coste y facilidad de medición.



Tiene una mayor potencia estadística que OS y no se ve afectado por tratamientos post-progresión.

Representa el tiempo hasta la aparición de un segundo tumor primario.

## 8.- ¿Qué ocurre si en una investigación se seleccionan más sujetos de los necesarios según el valor delta estudiado?

La investigación pierde validez estadística.

Se reduce significativamente el error beta.



Se sobrestima la eficacia de la intervención.

Se mejora la precisión de los resultados.

Se disminuye el error alfa.

## 9.- ¿Cómo se aborda la clasificación jerárquica de los outcomes en los análisis estadísticos según las agencias reguladoras como la EMA?

Se basa en la magnitud del efecto observado en los diferentes outcomes.

Se enfoca en la relevancia clínica antes que en la significación estadística.



Se prioriza según la probabilidad de rechazar la hipótesis nula.

Se establece en función del coste-beneficio de cada outcome.

Se determina por la facilidad de medición de cada outcome.

## 10.- ¿Qué caracteriza al diseño de network meta-análisis?

Evalúa únicamente comparaciones directas entre dos intervenciones.



Combina y analiza los resultados de diferentes intervenciones, tanto directa como indirectamente a través de estudios comunes.

Se limita a estudios realizados en poblaciones homogéneas y similares.

Utiliza exclusivamente datos de ensayos clínicos aleatorizados.

Se enfoca en análisis univariados de intervenciones.

## 11.- ¿Qué indica un error beta en una investigación?

Que los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.



Que la intervención tiene un efecto negativo no detectado.



Que una intervención no tiene efecto positivo, aunque en realidad sí lo tiene.

Que el tamaño de la muestra es insuficiente.

Que la hipótesis nula es cierta.

## **12.- ¿Cuál es el impacto del sesgo de publicación en las revisiones sistemáticas?**

Aumenta la precisión de los resultados al incluir solo estudios con efectos positivos.

Disminuye la relevancia clínica de los resultados al excluir estudios no publicados.



Provoca un desbalance en la evidencia disponible, dando más peso a estudios con efectos positivos.

Mejora la generalización de los resultados al centrarse en estudios de alta calidad.

No tiene impacto significativo ya que las revisiones sistemáticas incluyen una variedad amplia de fuentes de datos.

## **13.- ¿Cuál es la ventaja de utilizar endpoints compuestos en estudios oncológicos?**

Facilitan la comparación directa entre diferentes tipos de cáncer.

Reducen la duración del estudio y los costes asociados.

Permiten una interpretación más sencilla de los resultados.



Aumentan la potencia estadística al combinar diferentes endpoints.

Eliminan la necesidad de ajustar por múltiples comparaciones.

#### **14.- ¿Cuál es la diferencia principal entre los sujetos incidentes y los sujetos prevalentes en un estudio?**

Los sujetos incidentes tienen una enfermedad más avanzada que los sujetos prevalentes.

Los sujetos prevalentes son naïve a las intervenciones médicas, a diferencia de los sujetos incidentes.



Los sujetos incidentes experimentan el evento durante el periodo de seguimiento del estudio.

Los sujetos prevalentes permiten un mejor control de los factores de confusión.

Los sujetos incidentes son menos representativos de la población general.

#### **15.- ¿Cuál es la principal diferencia entre los estudios experimentales o intervencionistas y los estudios basados en la Real World Evidence (RWE)?**



Los estudios experimentales se enfocan en la eficacia, mientras que los estudios RWE se enfocan en la efectividad.

Los estudios RWE son siempre de mayor duración que los estudios experimentales.

Los estudios experimentales utilizan una mayor diversidad de poblaciones que los estudios RWE.

Los estudios RWE se basan en datos recopilados exclusivamente de ensayos clínicos controlados.

Los estudios experimentales no consideran la práctica clínica real en sus análisis.

### **16.- ¿Cuál es la diferencia principal entre una revisión narrativa y una revisión sistemática?**

Las revisiones narrativas se enfocan en un análisis estadístico detallado, mientras que las revisiones sistemáticas no.

Las revisiones narrativas son más objetivas que las revisiones sistemáticas.



Las revisiones sistemáticas siguen un proceso metodológico estricto que incluye formulación de la pregunta, localización de estudios, evaluación crítica, recogida de datos, análisis y presentación de resultados, interpretación de resultados y actualización.

Solo las revisiones narrativas incluyen una evaluación crítica de los estudios.

Las revisiones sistemáticas son menos rigurosas en la recopilación de datos que las revisiones narrativas.

### **17.- ¿Cuál es la diferencia principal entre las medidas relativas y absolutas en estadística?**

Las medidas relativas comparan la variabilidad, mientras que las absolutas comparan las medias.



Las medidas relativas se centran en la probabilidad de un evento, las absolutas en la diferencia de riesgo.

Las medidas relativas se utilizan en estudios cualitativos, las absolutas en cuantitativos.



Las medidas relativas evalúan la duración de un evento, las absolutas su frecuencia.

Las medidas relativas son más precisas, mientras que las absolutas son más generales.

### **18.- ¿Cuál es una limitación común en los análisis de subgrupos?**

La incapacidad de generalizar los resultados a la población total.



La falta de potencia estadística en cada análisis, generalmente inferior al 80%.

La imposibilidad de utilizar análisis multivariados.

El alto coste y tiempo requerido para realizar estos análisis.

La dificultad de definir criterios claros para la selección de subgrupos.

### **19.- ¿Qué representa un reto en el manejo de datos en estudios basados en Real World Evidence (RWE)?**

La necesidad de utilizar únicamente datos recopilados en ensayos clínicos controlados.

La incapacidad para realizar un análisis de sensibilidad y utilizar modelos de big data.

La falta de información sobre los efectos a largo plazo de las intervenciones.



Datos perdidos o incompletos y cambios en la práctica clínica.

La dificultad de replicar los resultados en diferentes entornos clínicos.

## 20.- ¿Qué desafío representa la censura en el análisis de supervivencia?

La imposibilidad de incluir sujetos que abandonan el estudio antes de que ocurra el evento de interés.

El seguimiento similar de sujetos en diferentes brazos del estudio, especialmente en estudios multicéntricos.

La dificultad de ajustar las diferencias en los protocolos de actuación en diferentes centros.



El riesgo de introducir sesgo en la estimación de la supervivencia, especialmente con censuras tempranas.

La necesidad de utilizar métodos paramétricos en lugar de no paramétricos.

## 21.- ¿Qué indica la probabilidad de Surface under the cumulative ranking (SUCRA) en un network meta-análisis?



La probabilidad de que una intervención sea la más efectiva en comparación con otras.

La duración del efecto de una intervención en comparación con otras.

La calidad metodológica de los estudios incluidos en el análisis.

La homogeneidad de los resultados entre diferentes intervenciones.

El coste-efectividad de una intervención en comparación con otras.

## 22.- ¿Qué es la Real World Evidence (RWE) en el contexto de estudios médicos?

Estudios basados únicamente en ensayos clínicos randomizados.

Investigaciones que utilizan datos de estudios controlados en laboratorio.



Investigaciones que utilizan datos del mundo real para evaluar la efectividad, eficacia y seguridad de intervenciones médicas.

Estudios enfocados exclusivamente en la eficacia de medicamentos.

Análisis que solo consideran datos económicos de tratamientos médicos.

## 23.- ¿Cómo afecta la multiplicidad del error alfa en los análisis de subgrupos?

Reduce la probabilidad de encontrar diferencias significativas entre subgrupos.

Aumenta la precisión de los resultados obtenidos en subgrupos pequeños.



Incrementa el riesgo de obtener resultados estadísticamente significativos debido al azar.

Mejora la capacidad de detectar efectos pequeños, pero clínicamente relevantes.

Disminuye la necesidad de ajustar los valores p para significancia estadística.

**24.- ¿Cuál es un problema principal al interpretar investigaciones en oncología con casos prevalentes?**



Suelen sobreestimar la efectividad del tratamiento.

No permiten el estudio de la relación temporal entre factores y eventos.

Generalmente incluyen formas más agresivas de la enfermedad.

No presentan sesgos en la interpretación de los resultados.

Son más representativos de la población general.

**25.- ¿Cuál es el propósito principal del valor de probabilidad (p-value) en la investigación?**

Demostrar la verdad absoluta de la hipótesis alternativa.



Ayudar a determinar la evidencia en contra de una hipótesis nula.

Garantizar la relevancia clínica de los resultados.

Establecer una relación de causalidad entre variables.

Probar la hipótesis nula.

**26.- ¿Cuáles son las etapas clave en la realización de una revisión sistemática?**

Definición de la hipótesis, análisis exploratorio de datos, y publicación de resultados.

Selección de sujetos, intervención, y evaluación de resultados.



Formulación de la pregunta, localización de estudios, evaluación crítica, recogida de datos, análisis y presentación de resultados, interpretación de resultados, y actualización.

Diseño del estudio, reclutamiento de pacientes, y seguimiento a largo plazo.

Desarrollo de protocolos, asignación aleatoria, y análisis de efectos secundarios.

### **27.- ¿En qué tipo de estudios se utiliza principalmente el Odds Ratio (OR)?**

Estudios longitudinales.

Estudios de cohortes prospectivas.



Estudios de casos y controles.

Ensayos clínicos aleatorizados.

Meta-regresiones.

### **28.- ¿Qué tipos de errores deben ser controlados en una investigación para que el valor de probabilidad sea confiable?**

Error sistemático y error de muestreo.



Error alfa y error beta.

Error de tipo I y error de tipo II.

Error de medida y error de sesgo.

Error de precisión y error de exactitud.

### **29.- ¿Cómo se clasifican las medidas de resultado en oncología?**

En medidas centradas en el tratamiento y medidas centradas en la prevención.



En medidas centradas en el paciente y medidas centradas en el tumor.

En medidas subrogadas y medidas directas.

En medidas de calidad de vida y medidas de supervivencia.

En medidas primarias y medidas secundarias.

### **30.- ¿Qué representa la medida de resultado conocida como OS (Overall Survival) en estudios oncológicos?**

El tiempo desde el diagnóstico hasta la recurrencia del cáncer.

La calidad de vida del paciente durante el tratamiento.



El tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la muerte por cualquier causa.

La duración del tiempo sin síntomas del cáncer.

El periodo de tiempo en que el tumor permanece estable.